487

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905,

PAR

L. BARGAIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SUICIDE

chez les Persécutés

Président : M. JOFFROY, *professeur.*

Juges : MM. ACHARD, *agrégé.*
DUPRÉ, *agrégé.*
CARNOT, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	BUDIN PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BESANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BROCA André.	GOUGET.	MAILLARD.	travaux anatom.)
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

48

A ma Mère

A mon Père

A mes Frères et Sœurs

A ma Famille

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

L'étude d'un délire ne manque jamais d'intéresser le psychologue, le philosophe et le médecin à cause de son étiologie, de son évolution, de son mécanisme, de son pronostic et de sa prophylaxie. Un délire, et le délire de persécutions surtout, ne saurait ne pas nous intéresser, vu les conséquences sociales qui peuvent découler et de son intensité et de son extériorisation et de sa période terminale parfois dangereuse.

« La médecine légale, dit M. Ballet, au seuil de son *Traité de pathologie mentale*, semble arrêtée actuellement à une période de transition; ceux qui la pratiquent sentent avec quelle difficulté ils se meuvent sur le terrain métaphysique de la liberté et de la personnalité humaine qui sert encore d'assise à notre droit pénal. Mais tout fait prévoir qu'à ces notions surannées il en est d'autres qui sont sur le point de se substituer : celles de la nocuité et de l'innocuité. »

Envisagée sous cet angle nouveau et bientôt adopté, l'étude du délire de persécutions est passionnante au premier chef. Nous n'avons pas voulu cependant faire de ce délire une étude approfondie, complète, fouillée. L'étudiant qui termine sa scolarité médicale a-t-il le savoir clinique assez enrichi et l'habileté psychologique assez aiguisée pour se permettre une semblable étude ? Nous ne le pensons pas.

Plus modeste et plus en corrélation avec nos forces fut notre dessein en étudiant la question du suicide chez les malades atteints du délire de persécutions. Nous prétendons cependant avoir fait une œuvre utile, documentaire et consciencieuse, qualités dont se doit enorgueillir tout travail inaugural si modeste soit-il.

Notre travail est documentaire et consciencieux parce que, ne nous aidant que de nos propres forces nous fîmes des œuvres que d'illustres cliniciens publièrent sur la question qui nous intéresse, une étude complète que nous résumâmes. Notre travail est utile parce que nous nous sommes justement placé à ce point de vue de l'innocuité et de la nocuité, point de vue que M. Ballet assigne avec raison à la médecine légale d'un temps rapproché.

Les persécutés se plaignent du mal qu'on leur fait. Et pourtant certains d'entre eux ajoutent d'eux-mêmes à ces douleurs ; se suicident même. Ceci est paradoxal et bien fait pour nous surprendre. Nous avons fait de ces tendances contradictoires une étude que nous pen-

sons avoir bien conduite, et, persuadé que nombre de persécutés ne sont pas seulement un danger pour autrui — pour ceux qu'ils regardent comme leurs persécuteurs — mais peuvent encore nuire à eux-mêmes, nous croyons qu'on les doit protéger contre leurs propres coups : la Cité devant vouloir le bien de ceux-là qui se veulent du mal.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il nous faut remercier tout d'abord M. le docteur Ritti, qui a bien voulu nous communiquer l'observation qui a été le point de départ de nos recherches.

C'est aussi un devoir pour nous de présenter ici nos sentiments de reconnaissance à tous ceux qui nous ont instruit dans l'art médical. A l'école de Rennes et à l'hôpital maritime de Brest où nous avons passé nos deux premières années d'études, nous avons trouvé des maîtres dont la science égalait le dévouement envers leurs élèves. A Paris, M. le professeur Landouzy, M. le professeur Lannelongue, M. le professeur Budin nous ont prodigué, dans leurs services, leurs savantes leçons et leurs sages conseils. Que tous veuillent bien agréer nos très sincères remerciements.

Que M. le professeur Joffroy, qui a accepté avec tant de bienveillance la présidence de notre thèse reçoive aussi l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Le suicide au cours du délire de persécution. Historique et exposé du sujet.

§ I

Ce n'est pas une réflexion passagère recueillie au cours de nos études médicales qui a servi d'idée directrice à ce travail. Cette thèse ne fut pas, au contraire de beaucoup d'autres, inspirée par le désir de justifier un concept ou une théorie *a priori* construite et nous n'avons pas cherché, en recueillant des faits, à légitimer la justesse ou la possibilité d'une hypothèse conçue, mais c'est au contraire un événement fortuitement rencontré, un de ces accidents — au sens étymologique de ce terme — qui ne sont remarqués que de l'esprit qui cherche, qui nous a incité à étudier le délire de persécution, à réfléchir sur son évolution, à commenter les idées que d'illustres cliniciens ont, ces derniers temps, émises, sur la possibilité du suicide chez un

malade qui se croit persécuté. Notre désir n'est pas d'émettre un avis nouveau et savamment prouvé. Plus modeste et plus en relation avec notre savoir se trouve notre intention qui n'est que d'apporter notre modeste pierre à l'édifice que d'autres, plus autorisés, sauront édifier pour la gloire de la science et celle de notre pays.

Voici l'observation de la malade atteinte d'un délire de persécution qui la conduisit à des menaces réitérées de suicide. Nous l'avons voulue complète et pourtant schématisée pour bien montrer combien nous avons voulu, nous-même, nous simplifier les choses sans, pour cela, les diminuer d'importance.

Observation I

M^me^ veuve P..., sans profession, 79 ans.

M^me^ P... fut prise vers le milieu de l'année 1896, de troubles intellectuels caractérisés par les faits suivants :

La malade avait des hallucinations de l'ouïe. Elle croyait entendre dans sa chambre des gens qui venaient pour l'espionner et qui répétaient tout ce qu'elle disait.

Quand elle comptait de l'argent, on répétait après elle.

Elle déménagea une première fois.

Dans son nouveau logement, outre les hallucinations de l'ouïe, elle affirme avoir vu sur un toit en face de sa fenêtre un homme qui la regardait fixement ; elle dit lui avoir causé et l'a adjuré de s'en aller, ce qu'il fit, mais en la menaçant de revenir. Au-dessus d'elle, une jeune fille travaillait à la machine à écrire : elle imagine de lui faire copier un plan d'une maison qu'elle devait faire construire. Mais il venait chez cette jeune fille, un homme ressemblan au premier, lequel parvint à soustraire le plan en question. Craignant des ennuis, elle change encore de logement.

Cette fois, elle tombe sur une demeure où les plafonds sont munis de plaques photographiques qui reproduisent fidèlement tout ce qui passe chez elle : ces plaques sont impressionnées par des rayons Rœntgen.

La malade continue à accuser des hallucinations de l'ouïe très fréquente ; on l'injurie et on lui dit des choses obscènes.

Nouveau déménagement. Ici elle habitait au-dessus d'un boucher, dont les garçons couchaient dans une chambre voisine de son logement. Le délire change un peu : ce sont les hallucinations du sens génital qui dominent avec celles de l'ouïe ; les troubles de la sensibilité générale passent au second plan : les garçons bouchers la « stecquent ».

La malade, à l'interrogation qui lui fut faite le jour où on lui signifia son interdiction, définit ainsi le stecque : « On est venu me chercher pour me faire voir par un spécialiste, afin de compléter une enquête sur la déposition que j'avais faite au commissaire de police, au sujet d'individus qui sévissaient sur moi jour et nuit par le moyen stecque. C'est un phlitre qui force à

l'amour. On me soutenait qu'il s'agit d'un style, qu'on me stylait; on me disait de choisir un de ces hommes là pour amant. C'est le patron qui me l'a dit lui-même et qu'alors on retirerait tout cela. J'ai cherché dans le dictionnaire le mot style et j'ai vu qu'il s'agissait bien d'un stecque.

C'est un instrument inventé par Charcot qui se place le long du mur au moyen de l'électricité et de la chimie et qui sert à faire subir la passion à une femme.

. . . . . .

. . . . . .

J'ai fait faire divers instruments pour empêcher l'effet du stecque : d'abord en fer, puis en bois, puis enfin en verre ce qui fait obstacle à l'électricité et je m'assieds même sur des plaques en verre...

La malade fit encore un voyage à la campagne, où elle croyait trouver la paix. Mais ses hallucinations redoublèrent et elle revint à Paris où elle déménagea une cinquième fois. Dans ce logement, elle raconte que M. Lépine, préfet de police, avait un appartement où il faisait photographier ses pièces secrètes. Les agents de celui-ci de connivence avec les garçons bouchers de sa précédente demeure continuaient à la stecquer.

La malade sur la demande de son fils est placée à la Maison Nationale de Charenton, où elle est entrée le 11 mai 1898, 2 ans environ après le début de la psychose.

Voici les certificats relatifs à la malade.

Admission : ... est atteinte de délire de persécution (forme critique) accompagné d'hallucinations de l'ouïe...

Dr Tabouriau, 5 mai 1898.

24 h.

Mme veuve P... paraît atteinte d'une aliénation mentale caractérisée par du délire de persécution, de fausses interprétations, des hallucinations de l'ouïe, des troubles de la sensibilité générale et du sens génital.

Signé : Dr Ant. Ritti.

12 mai 1898.

Quinzaine : ... est atteinte de délire de persécutions avec hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, troubles du sens génital..... Doit être maintenue.

Dr Ant. Ritti.

Actuellement âgée de 79 ans, Mme P... n'a cessé d'avoir des hallucinations de l'ouïe de la sensibilité générale et surtout du sens génital. On la stecque toujours et elle invente les objets les plus divers pour se préserver. Elle les place sous elle, entre ses cuisses et quelquefois s'acharne avec une petite baguette en bois qu'elle manie avec rapidité sous ses jupes pour empêcher l'introduction du stecque.

Mme P... est une persécutée type et le diagnostic ne peut être suspecté.

Or, dès la première année de son internement, la malade avait déclaré qu'elle se tuerait. Le chef de service, la fit placer, pour ces raisons, dans une division spéciale. Depuis ce temps, elle a souvent réclamé sa liberté, quelquefois d'une façon violente et elle a provoqué des enquêtes pour lesquelles des certificats ont été établis.

Dernièrement, Mme P... intime au médecin l'ordre

de la laisser partir. Après le départ de celui-ci, elle déclare à la surveillante qu'elle se tuerait d'une façon ou d'une autre, si on ne la laissait pas partir. Elle lui déclare en outre que cette année elle a refusé de faire ses Pâques, parce qu'une personne qui va se tuer n'a pas le droit de s'approcher de l'autel : « *Cette idée de suicide ne me quitte pas* », ajoute-t-elle.

Le 10 juin dernier, à la visite, la malade injurie le médecin et déclare qu'elle est bien décidée à en finir.

Comme on la surveille très étroitement, elle dit qu'on ne pourra l'empêcher de se jeter sur le coin d'un marbre de cheminée ou de se heurter la tempe contre une clef. « Mon beau-frère, dit-elle, est mort comme ça, par conséquent, je pourrai en faire autant ».

Dans cette observation, il s'agit, sans aucun doute, d'une malade atteinte d'un délire de persécution. En effet, nous y rencontrons des hallucinations de l'ouïe, hallucinations prédominantes et qui sont un caractère constant chez les malades pareillement atteints. Et, comme toujours en pareil cas, les hallucinations sont faites d'invectives et de propos orduriers.

Ressemblant en cela à ces « persécuteurs migrateurs » décrits magistralement par Ball, la malade essaie de fuir, mais en vain, les appartements où sa parole se trouve entendue de ses persécuteurs et redite par eux en un dessein évidemment machiavélique.

En plus et surtout, la malade accuse nettement une catégorie d'individus — garçons bouchers et agents de police — de lui causer tout le mal dont elle souffre.

Certes on ne saurait dire qu'il s'agit là d'un délire de persécution aussi harmonieusement développé et ayant aussi régulièrement évolué que le délire de persécution étudié par M. Magnan et décrit par lui comme le *délire type*. La malade, en effet, n'explique pas les tourments qu'on lui inflige en trouvant en elle-même des motifs qui les justifient et qui ne seraient autres que ses hautes qualités, que son talent, que son génie, que sa naissance. La malade est persécutée, mais elle n'est pas encore devenue ambitieuse.

Il nous a paru étonnant de voir un malade atteint du délire de persécution se résoudre au suicide. Le persécuté, en effet, selon le témoignage de tous les psychopathologistes n'est pas d'ordinaire un résigné qui accepte les tourments parce qu'il s'en croit digne — ce serait tout le contraire d'une persécution, mais un châtiment — mais un révolté qui se ronge les poings d'être le plus faible, qui lutte et ne désespère pas de se débarrasser de ses persécuteurs, qui profère même des menaces et devient lui-même souvent un persécuteur.

Et nous avons recherché quelles solutions d'illustres devanciers et de très savants maîtres avaient cru donner à ce problème, à ce paradoxe.

§ II

Esquirol dans son *Traité des maladies mentales*

parle de certains lypémaniaques qui se résolvent à « l'homicide de soi-même », c'est-à-dire au suicide.

« Combien de lypémaniaques, écrit-il, qui se croient poursuivis par des voleurs, des agents de l'autorité, se tuent voulant éviter de tomber entre leurs mains. »

Il semble bien que les lypémaniaques auxquels Esquirol fait allusion, sont avant tout des malades atteints du délire de persécution.

Comment se fait-il qu'un clinicien du mérite d'Esquirol ait confondu dans une même description des types aussi différents que des persécutés et des lypémaniaques? C'est qu'alors cette confusion était de règle et qu'elle ne cessa de l'être que fort longtemps après.

Et même voyons-nous Calmeil la refaire sienne, en 1870, en écrivant son article sur la *Lypémanie* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, alors que Lasègue en avait si clairement indiqué les caractères distinctifs dès 1852 (1).

Partageant la façon de voir d'Esquirol, Ferrus, Leuret, Aubanel regardaient les mélancoliques et par conséquent tous les persécutés (puisque, selon eux, comme selon Esquirol, les persécutés n'étaient que des lypémaniaques), comme des candidats au suicide.

En 1856, Brière de Boismont, dans son étude sur

(1) Lasègue. — *Archives générales de médecine* 1852.

(2) Brière de Boismont. — *Du suicide et de la folie*. Paris, 1856, 1 vol. in-8°.

le *Suicide* (2), regardait la tendance au Suicide comme un des symptômes cardinaux de la lypémanie. Et, se laissant aller à faire le portrait de ces lypémaniaques enclins au suicide, il les décrit comme étant convaincus « qu'ils sont à l'index, en but à des machinations de leurs ennemis, qu'on leur adresse des menaces, des mots injurieux, qu'on veut les tuer, les injurier, etc.. »

Il ne viendrait à l'esprit d'aucun clinicien d'à présent de faire de tels malades des lypémaniaques et on les regarderait, à coup sûr, comme des persécutés.

De cette confusion faite par Brière de Boismont, comme de celle effectuée par Esquirol, nous ne voulons retenir que cet aveu intéressant : des malades atteints du délire de persécution peuvent se résoudre au suicide.

A l'instar d'Esquirol, Calmeil également décrit comme lypémaniaques un certain nombre de malades qui en venaient au suicide au cours de leur délire et dont la lypémanie se manifestait à ses yeux par un délire de persécution (1).

Faisant la description des lypémaniaques il écrit : « Quelques lypémaniaques contractent l'habitude de pousser des gémissements, des cris plaintifs, des rugissements, de faire de singulières contorsions. Lorsqu'on les interroge pour connaître les motifs qui les

(1) Calmeil. — In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article *Lypémanie*.

excitent à agir de la sorte, celui-ci répond : On me met en rapport magnétique avec les animaux qu'on tue dans les boucheries et on me fait endurer toutes leurs cruelles tortures; celui-là s'écrie : On me fait passer dans les membres de puissants courants d'électricité, on ne me laisse de répit ni le jour ni la nuit; tous ajoutent avec indignation : croyez-vous maintenant que nos cris, que nos plaintes soient suffisamment justifiées par l'excès, par la nature des souffrances qu'on nous impose. »

Et plus loin, parlant de la propension au suicide envisagée chez les malades qu'il nous dépeints comme des lypémaniaques, n'écrit-il pas : « Celui-ci attente à à ses jours parce qu'il entend qu'on l'appelle voleur, assasssin, gibier de potence, et qu'il veut éviter de périr par la main du bourreau; celui-là est las de subir les épreuves que lui font endurer les misérables qui le harcèlent par des moyens secrets et qui lui sont devenus insupportables, et il veut recourir à la mort comme à un moyen de délivrance. »

Persévérant en sa confusion des lypémaniaques avec les persécutés, Calmeil dit encore : « Un lypémaniaque s'imagine que c'est le curé de son village qui le tourmente la nuit à l'aide d'une machine électrique, il invite cet ecclésiastique à mettre un terme à ses mauvais procédés en ajoutant qu'il n'est pas d'humeur à les supporter plus longtemps; les sensations maladives s'exas-

pèrent; le malade saisit une arme à feu et se rend à l'église où il tire sur le curé presque à bout portant. »

Si nous voulions faire la description du délire de persécution et des formes diverses sous lesquelles nous le pouvons voir s'évoluer et s'épanouir, il nous serait difficile, en vérité, de mieux décrire que ne le fit Calmeil au sujet de ces prétendus lypémaniaques dont il vient de nous parler.

Nous trouvons là le persécuté-persécuteur de Falret, ou, si l'on veut, le persécuté actif de Garnier (1); nous trouvons aussi le persécuté enclin au suicide parce que las des tourments qu'il subit injustement.

Tant de confusion nous étonne à présent que le délire de persécution se trouve à raison décrit d'une façon spéciale comme un délire chronique à évolution systématique par Magnan, comme un délire systématisé ou « paranoïa » par les auteurs allemands.

Dès 1852, cette confusion étonnait Lasègue qui la rejetait. Il cessa de regarder les persécutés comme des lypémaniaques. Et même, au témoignage de Rickenback (2), il signala une tentative de suicide chez une de ses malades persécutées.

En sa thèse inaugurale, Maret, en 1868, divisa les persécutés en trois catégories : 1° ceux qui ne sont

(1) Garnier. — Thèse, Paris, 1877.

(2) Rickenback. — *Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement.* Thèse. Paris, 1901.

dangereux ni pour eux-mêmes, ni pour les autres; 2° ceux qui sont dangereux pour autrui; 3° enfin, ceux qui sont dangereux *pour eux-mêmes.*

Maret admettait donc que des malades atteints du délire de persécution pouvaient se nuire à eux-mêmes, se suicider. Il cita, à l'appui de sa thèse, deux observations dont l'une lui est personnelle, dont l'autre fut empruntée à Dagron (1).

Admettant la classification de Maret, Legrand du Saulle professe que pour échapper aux tourments qu'il endure, le malade se donne volontairement la mort. C'est lui qui rapporta le cas de Henri Cousteux qui mit fin à ses jours à Castellamare, en Italie, le 24 avril 1863, à l'aide d'une guillotine qu'il avait eu la singulière idée de construire lui-même et à la confection de laquelle il avait consacré les deux dernières années de sa vie (2).

Clament, en 1883 (3), reconnaît lui aussi que des persécutés peuvent se suicider. « Le persécuté, écrit-il dans son travail inaugural, préfère la mort aux mauvais traitements dont il croit être la victime. »

Castang dans sa thèse, soutenue devant la Faculté de Paris, en 1884, admet que l'aliéné « en proie à une

(1) Dagron. — *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses.* Avril 1861.

(2) Legrand du Saulle. — *Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.* Paris, 1879, p. 142.

(3) Clament. — Thèse. Paris. 1883.

inquiétude extrême ne peut supporter plus longtemps les souffrances que lui font endurer ses aggresseurs et il a recours au suicide ».

Ritti en son article sur le *Suicide* paru dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, écrit : « Le délire des persécutions est celui de toutes les formes de mélancolie où le suicide est le moins fréquent ». Ce qui laisse entendre que M. Ritti admet la possibilité d'un suicide chez un persécuté.

Réfutant les conclusions de la thèse du Dr Meilhon (1), ancien interne des asiles de Pau et de Toulouse, Rickenback (2), prétend que les persécutés peuvent terminer eux aussi leur malheureuse existence par le suicide.

Voisin, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, rapporte l'histoire d'une persécutée, la femme G..., qui, à l'église de Montmartre, avait tiré trois coups de révolver sur le curé pendant qu'il prêchait et qui, reconnue aliénée et enfermée à la Salpêtrière, *s'y pendit* peu de temps après.

Recherchant par l'aide de la statistique en quelle fréquence les tentatives de suicide se rencontrent chez les persécutés internés, Viallon (3) conclut après l'examen de vingt-cinq malades, que trois d'entre-eux avaient

(1) Meilhon. — Thèse. Bordeaux, 1886.

(2) Rickenback. — Thèse. Paris, 1901.

(3) Viallon. — *Annales médico-psychologiques.* (Septembre-octobre 1901). Suicide et folie.

fait des tentatives de suicide; ce qui fait un pourcentage appréciable de 12 pour cent.

Rickenback fit, en l'asile de Clermont, les mêmes recherches et il arriva à un pourcentage beaucoup plus élevé : d'après ses observations, les persécutés qui tentent de se suicider occupent les vingt-deux centièmes du chiffre total des aliénés qui essayent d'attenter à leurs jours (1).

Nous ne voulons pas commenter ces données. Elles sont assez éloquentes par elles-mêmes. Elles affirment avant toute chose que les persécutés peuvent, et en assez grand nombre, en venir au suicide.

Ces premières constatations et ces témoignages pris aux meilleures sources suffisaient à annihiler les affirmations de Meilhon qui dit, en sa thèse, que « la rareté des suicides chez les persécutés est attestée par le petit nombre d'observations qui se trouve dans la science ».

Aux assertions de Meilhon nous pourrions, au surplus, répondre avec Christian (2), que « les faits de suicide ne sont pas précisément ceux que l'on se plaît à publier et que si l'argument invoqué par Meilhon est sérieux, il ne faudrait pas cependant en exagérer l'importance ».

M. Christian, enfin, rapporte, en même place, trois

(1) Rickenback. — *Loc. cit.*

(2) Christian. — *Annales médico-psychologiques.* Septembre 1887.

observations où nous voyons des persécutés se donner la mort et que nous reproduisons plus loin.

Avant de terminer ce chapitre où nous nous contentons de rassembler les opinions de ceux qui nous précédèrent dans l'étude de cette question et où nous invoquons l'autorité des maîtres de la psychologie pathologique, nous voulons rapporter le témoignage de Schüle. « Les persécutés, dit cet auteur, cèdent à des impulsions dangereuses pour eux-mêmes et pour ceux qui les entourent... ils refusent les aliments et parlent de se suicider ».

De tous ces témoignages, de tous ces exposés il découle donc clairement que les malades atteints du délire des persécutions peuvent tenter de se suicider.

La chose est surprenante, disions-nous au seuil de ce chapitre. Elle l'est même tellement que d'aucuns prétendirent — nous le verrons — que les malades dont on rapporta l'histoire n'étaient pas avant tout des persécutés, mais des mélancoliques.

Nous discuterons cet argument en le chapitre qui va suivre et verrons quelle en est la réelle valeur. Mais pourquoi le suicide est-il tant étonnant chez les persécutés ?

§ III

Il est un instinct qui domine l'évolution des êtres et la conservation des individus, qui tend chaque être, comme le dit Spinoza, « à être et à persévérer dans son être » : c'est l'instinct de conservation.

Tout ce qui menace cet instinct occasionne de la douleur à l'individu menacé. Tous les actes de la vie végétative qui s'accomplissent presque sans contrôle et qui sont le résultat d'une habitude transmise héréditairement ou acquise par l'exemple et l'attention, sont du domaine de cet instinct. Et ce pourquoi souffre tant le persécuté c'est qu'il est menacé par d'imaginaires ennemis dans la conservation de son être et que son instinct de conservation se révolte apeuré, bientôt aggressif.

Peut-on croire que cet instinct primordial soit suffisamment émoussé pour ne plus commander à un délirant chronique, pour ne plus être capable de régir les actes d'un persécuté ?

Nous ne le pensons pas.

Ne voyons-nous pas, en effet, les anormaux sexuels qui marient l'orgasme sexuel à la cruauté, s'arrêter au cours d'un acte masochiste quand rien ne les avait empêchés d'accomplir un acte sadique ?

Qui plus est, chez les persécutés, l'idée d'attenter à leurs jours devrait être éloigné de leur conscience. Car

s'il se détruit, le persécuté ajoute aux efforts de ses persécuteurs contre lesquels il ne cesse de lutter.

Voici un malade qui entend sans cesse des menaces de mort. Pendant un certain temps il ne sait qui lui profère ces menaces, mais bientôt il sait quel personnage lui « en veut », il sait même pourquoi on désire sa mort, on le maintient interné. Il n'ignore pas qui lui envoie des odeurs, des secousses électriques, qui tente de l'empoisonner. Eh bien, ce persécuté qui lutte contre cet ou ces ennemis, qui aspire à la victoire et cherche à se venger, va-t-il se donner la mort?

Le fait semble difficilement admissible. Le sujet lutte contre qui menace sa vie, c'est l'instinct de conservation qui l'anime et lui donne les ressources de la lutte. Va-t-il, abandonnant un souci si primordial, faire la joie de son ennemi en allant au devant de ses désirs? La chose paraît inadmissible.

Les faits existent cependant, de l'avis des cliniciens dont nous avons rapporté les témoignages et comme le prouvent des faits rapportés par nous-même. Il s'agit de les expliquer. C'est ce que nous allons essayer de faire dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Le délire de persécution. — Son évolution d'après l'idiosyncrasie du malade. — De sa terminaison par le suicide.

§ I

Ce n'est pas à un aliéniste qu'on doit la première description clinique du délire de la persécution, mais à un philosophe, à Kant. Ce penseur profond fit, en effet, paraître, en 1764, à Kœnisberg, un *Essai sur les maladies de l'esprit* où il traça du délire de persécution un tableau exact bien que concis.

Jusqu'aux études mémorables de Falret et de Lasègue, le délire de persécution ne fut considéré que comme un symptôme de la mélancolie.

Pinel ne fit pas de ce délire une description distincte. Il est aisé de voir qu'il n'envisage que des mélancoliques dans ces malades « dont l'attention, fixée nuit et jour sur un objet circonscris, est excitée par les

regrets d'une persécution directe dont ils se croient les victimes » (1).

Esquirol, élève et disciple de Pinel, fit du délire de persécution une description à laquelle il n'est rien qui puisse y être ajouté. Mais comme son maître il rangea les persécutés parmi « les malades tristes » et consigna leur étude dans le chapitre de la lypémanie.

Si l'influence de Pinel sur Esquirol avait été si grande que l'élève accepta la classification du maître dont il était digne, tous les disciples d'Esquirol suivirent les données de l'illustre médecin de Charenton et ne virent, dans les persécutés, autre chose que des lypémaniaques.

Toutefois, convient-il de faire remarquer qu'il y eut, dès cette époque, un aliéniste d'une sagacité assez dégagée des influences des classiques pour se trouver étonné de la persistance que mettent certains malades à accuser des ennemis de leur faire du mal ». Il s'agit de l'aliéniste belge Guislain (2) qui, dans ses *Leçons orales sur les phrénopathies*, fit des persécutés une catégorie clinique spéciale où il rangea ceux qu'il disait atteints de « *monodélire accusateur* ».

Le premier, et précédant en cela Falret, il distingua

(1) Pinel. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2e édit. Paris, 1809.

(2) Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand, 2e édit. 1879.

fort nettement les persécutés des lypémaniaques. Tandis que ceux-ci, disait-il, s'accusent eux-mêmes, ceux-là accusent les autres et se servent des pronoms « on » et « ils » pour désigner leurs persécuteurs.

Lasègue, enfin, fit qu'on détacha complètement le délire de persécution de la mélancolie. Il le considéra « comme un type assez précis pour qu'il puisse être complètement détaché des autres modes d'aliénation mentale » (1).

Il vit dans l'évolution du délire de persécution des phases diverses se succéder avec constance. D'abord, c'est un malaise indéfinissable que ressent le malade; puis, quand l'esprit du sujet vient à se fixer sur une idée de persécution, l'hésitation et la certitude se succèdent pour, en définitive, faire place à un véritable délire.

Falret, dans ses leçons faites à la Salpétrière, en 1884, revint sur la succession de ces étapes établies par Lasègue. Il y ajouta l'étape stéréotypée ou de délire ambitieux, établie par Garnier dans sa thèse (1877) (2).

D'après J. Falret le persécuté passait par quatre périodes qui sont :

1° La période des *interprétations délirantes* (le

(1) Lasègue. — *Du délire des persécutions*. In *Archives générales de médecine*, février 1852.

(2) Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions*. Paris, Thèse 1877.

malade se croit l'objet d'une attention malveillante; ils interprètent contre eux-mêmes les faits les plus insignifiants qui se passent dans le monde extérieur);

2° La période des *hallucinations de l'ouïe* (sons, bruits, voix, chuchotements;

3° La période des *troubles de la sensibilité générale* (les malades se plaignent d'avoir à subir des odeurs de soufre, de pus, de cadavre, de matières fécales; des secousses électriques; des tentatives d'empoisonnement, etc...);

4° La période des *idées de grandeur* (idées de richesse, de puissance, transformation en personnages de marque).

Magnan dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (1), faites à l'Asile de Ste-Anne, assuma aussi quatre phases au délire chronique de persécution. Ce sont les phases d'*inquiétude*, qui correspond à la première période de Falret; de *persécution*, qui correspond à la deuxième et à la troisième phase de Falret; de *démence* enfin qui forme une phase nouvelle et pour la première fois signalée.

Selon Magnan, le délire de persécution ne caractérise pas ce délire chronique mais seulement une phase de ce délire, un épisode que le malade ne fait que franchir

(1) Magnan. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1882-1891.

pour devenir un mégalomane, un ambitieux et un dément (1).

Cette terminaison du délire chronique de Magnan par la démence fut niée par Ball, Ritti, et Krafft-Ebing; Krœpelin avoue qu'il l'a fort rarement constatée.

Tout en ne niant point qu'un persécuté puisse enfouir son délire dans la démence et faire définitivement sombrer sa raison en l'incoordination psychique la plus complète, nous admettrons qu'un malade atteint du délire de persécution franchit successivement les étapes d'*inquiétude*, de *persécution* (hallucinations auditives et générales) et de *mégalomanie* tout en ne détruisant rien de son délire. Pour être devenu un personnage important, un richissime seigneur, le malade ne cesse pas pour cela d'être un persécuté.

Voyons donc, dans le détail, l'évolution de ce délire et les causes secondes qui peuvent en modifier l'allure.

§ II

Comme le dit Lasègue, « le délire des persécutions n'est pas la conséquence d'une forme du caractère, il se produit chez des individus très différents les uns des

(1) Magnan et Sérieux. — *Le délire chronique.* Collection Leautey, 1894.

autres par leur humeur, leur intelligence, leur position sociale ».

L'assertion de Lasègue ne saurait souffrir de contradiction. Elle s'impose comme une réalité clinique qui veut être acceptée. Et c'est la trop grande variété de terrains sur lesquels le délire de persécution a pu croître et s'épanouir qui a fait penser que certaines de ses formes appartenaient à d'autres catégories nosologiques.

Ce qu'il ne faudrait pas conclure de la pensée de Lasègue c'est, par contre, que la forme revêtue par le délire de persécution n'est pas fonction du caractère du malade. Au contraire, il semble bien prouvé à présent que les persécutés donnent à leur délire une forme qui est corollaire de leur caractère. « Le délire, comme l'a si bien dit Séglas, n'est que l'exagération des tendances morbides, leur traduction délirante. » Falret et Ritti avaient avant Séglas, formulé le même avis.

Il est donc utile de redire après Falret (1) qu'il est nécessaire d'étudier le caractère antérieur chez les persécutés : c'est un signe important à noter dans l'histoire de la maladie.

Tel persécuté ambitieux fut, dès son enfance, un orgueilleux, un tyranneau se plaisant à traiter autrui

(1) Lasègue. — *Loc. cit.*

(1) J. Falret. — *Leçon inédite sur le délire de persécution faite à la Salpètrière le 30 novembre 1884.*

en ennemi, un soupçonneux croyant lire chez ceux qui l'entouraient rien que des intentions malveillantes.

Tel persécuté déprimé, apeuré, craintif et pleurard fut jadis et pendant tout le cours de sa vie antérieure un pusillanime, un attristé, un déprimé.

Maret (1) disait qu'il lui était possible de trouver dans le caractère antérieur du malade la mesure des actes que son délire pourrait lui suggérer.

Rien n'est plus vrai.

Garnier (2) dans sa thèse revint sur la même idée et nous pensons avec lui qu'il faut attribuer au tempérament antérieur du malade l'évolution que prendra plus tard son délire.

Les persécutés, selon cet auteur et selon nous-même, peuvent être catalogués sous deux grandes rubriques : les persécutés *actifs* et les persécutés *passifs*. Et par ce moyen nous n'avons d'autre dessein que celui de caractériser la façon dont les malades réagissent en présence de leur délire.

Le persécuté *passif* se plaint sans révolte, demande aide et protection, « se borne à des accusations vagues » (Ritti), fuit sans cesse devant celui ou ceux dont il se croit la victime. C'est parmi les persécutés passifs qu'on doit ranger les malades qui changent à chaque instant de demeure pour ne plus avoir à entendre les menaces

(1) Maret. — *Du délire des persécutions*. Thèse. Paris, 1863
(2) Garnier. — *Loc. cit.*

qu'on leur profère, pour échapper aux miasmes qu'on leur envoie, etc... Cette catégorie constitue le type de persécutés migrateurs qu'a décrits Ball.

C'est parmi les persécutés passifs encore qu'on devra placer ceux-là qui demeurent inertes, sans vie ni volonté, qui se contentent d'appeler sur eux la protection des autorités, qui ne veulent plus manger, telle est leur toxicophobie, qui s'avouent vaincus, demandent grâce sans pour cela cesser d'être, avant tout, des persécutés.

Toute cette classe des persécutés passifs constitue la masse des persécutés abouliques. Les malades n'acceptent pas leur persécution parce qu'ils ne réagissent pas ostensiblement, bruyamment contre elle. Et ce nous est là un criterium important qui nous doit servir pour les nettement séparer des mélancoliques avec qui leur habitus pourrait nous les faire confondre.

Le mélancolique accepte les peines qu'on lui fait endurer. Si nous ne le voyons pas réagir avec violence contre les accusations qu'on lui jette, c'est que, dans son for intérieur, il se les croit méritées. Devant ses yeux il est un misérable et, dans ses lamentations, s'en prend à lui-même. Le persécuté, par contre, se croit un malheureux et, dans ses plaintes, s'en prend aux autres.

Le premier trouve en, lui-même la source de ses maux par « un sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi, qui constitue le fond ordinaire des

états lypémaniaques (Ballet) (1). Le persécuté, au contraire, autophilique extrêmement, égocentrique et pathologiquement orgueilleux, souffre d'un dommage et croit que le monde entier le jalouse, voulant porter atteinte à ses droits. Il situe en dehors de son propre individu les agents de sa souffrance.

Enfin, quand nous aurons dit que chez le persécuté le délire porte sur des faits accomplis, tandis que chez le mélancolique il porte sur des faits à venir, nous pourrons affirmer que rien ne ressemble moins à un persécuté passif qu'un mélancolique.

Il ne faudrait pas cependant faire se côtoyer trop près ces dissemblances, car alors on arriverait à commettre l'erreur qu'à notre avis s'est laissé aller à commettre l'aliéniste Schüle.

Décrivant l'habitus des persécutés passifs, cet auteur écrit (2) : « Le délirant systématique, mélancolique, n'est pas coupable parce qu'il se sent coupable, comme le vrai mélancolique, il se croit coupable parce qu'il entend dire autour de lui qu'il l'est, parce qu'on le considère et qu'on le traite comme un méchant homme; aussi ne montre-t-il pas la tristesse et la dépression morale du mélancolique véritable. »

(1) Ballet. — *Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques. Congrès annuel de médecine mentale* (Blois, 1892).

(2) Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales* (traduction Dagonet et Duhamel), page 152.

Non, quand un malade se croit coupable — que cette croyance soit l'effet d'une intime conviction ou le résultat d'une conviction suggérée — il cesse d'être — ce qu'il ne fut peut-être jamais — un persécuté. Ce qui caractérise le persécuté, ce qui fait l'essence de la persécution, c'est l'application d'une peine imméritée. Dès l'instant que le malade se croit coupable, la peine cesse d'être imméritée et le sujet d'être un persécuté.

Nous nous rallions sans hésitation à ces règles de diagnostic différentiel succinctement établies par M. Blin : « Si le malade, écrit cet auteur (1), après avoir indiqué son idée de persécution donne pour explication que des ennemis veulent le dépouiller et auparavant, le faire disparaître, on a vraisemblablement affaire à un persécuté vrai; de même s'il répond qu'on l'empoisonne parce qu'il a commis des crimes, il y a bien des chances que ce soit un mélancolique. »

Les persécutés actifs n'offrent pas au clinicien tant de difficultés pour être différenciés, reconnus et catalogués.

Loin de se taire ou de se contenter de plaintes inutiles, le persécuté actif « exprime des tendances à poursuivre les autres, des idées de revendication et de engeance » (2).

(1) Blin. — *De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions.* Thèse. Paris, 1890.

(2) Séglas. — *Journal des connaissances médicales.* Octobre 1891.

« Avec une ténacité et une persévérance maladive, il poursuit, le plus souvent pendant des années, sans interruption, l'individu qu'il accuse d'être la cause de tous ses maux. Il cherche à se débarrasser des ses souffrances, à se défendre, à se protéger et à se venger. Cette vengeance est souvent terrible » (1).

Le persécuté actif luttte contre ses ennemis imaginaires. Sa persévérance est surprenante, les procédés procéduriers sont de lui préférés et, si longs qu'ils puissent être, si coûteux qu'ils lui soient, ils ne sauraient cependant le lasser. Comme l'a si bien dit Legrand du Saulle, « une fois que le persécuté est résolument entré dans la voie des récriminations judiciaires, il n'en sort plus. Trouvant chaque jour, dans les phases diverses de la procédure, un élément à ses rancunes et à ses projets de vengeance, il fait constamment antichambre chez les hommes d'affaires et consent sans hésitation à tous les sacrifices d'argent pourvu qu'il puisse démasquer ses ennemis, confondre les escrocs, renverser la cabale et arriver à la proclamation solennelle de tous ses droits » (2).

Comme bien l'on pense cette « proclamation solennelle » tarde à venir, ne vient même jamais. Le persécuté quitte parfois les moyens réguliers et socialement

(1) Ritti. — *Loc. cit.*

(2) Legrand du Saulle. — *Le délire des persécutions*, 1 vol. in-8°, Paris, 1871.

fermés pour en venir aux voies de fait, aux procédés outrageants. Il variera de l'arme au paquet d'immondices.

Le tableau du persécuté actif est donc diamétralement opposé à celui du persécuté passif. Tandis que celui-ci est résigné, celui-là se révolte et organise sa lutte. Il raisonne ses moyens de résistance, il est toute activité. Il fait montre d'une prodigieuse ingéniosité dans ses efforts. C'est une « véritable folie d'actes ». C'est un « persécuté raisonneur » comme le disait Falret.

Dans ses phases d'exaltation, il perd naturellement toute mesure, et s'il est vrai de dire que le persécuté passif est d'une résignation qui confine à la mélancolie, le persécuté actif par son habitus et sa turbulence confine à la manie. Il s'agit là d'appréciations grossières sur la manière d'être de ces différents malades et nous ne voulons que témoigner de nos impressions.

Sur quel terrain psychologique pourra se développer un délire de persécution active? Le persécuté actif, avant d'être la proie de son délire, fait preuve, comme l'a dit Séglas, d'un orgueil pathologique invraisemblable. Et par là il indique l'*égocentricité* qui sera sienne plus tard.

Au cours de leur enfance les persécutés actifs sont d'une humeur ombrageuse et peu sociable. Ils sont fils de parents exaltés. Ils ont déjà une grande tendance à remarquer de la malveillance chez autrui.

Ils ont, au cours de leurs conversations, un ton acerbe,

ironique et mordant. Ils sont verbeux. Bref, ces individus ont en eux tout ce qu'il faut pour devenir plus tard, au cours de leur délire, des *accusateurs* et des *persécuteurs*.

Nous tenons à faire remarquer avant de terminer ce portrait du persécuté actif, la part énorme qui revient au raisonnement en la construction du délire de persécution chez cette catégorie de malades. C'est le raisonnement qui fait naître la phase des grandeurs et fait succéder la période de mégalomanie à celle des persécutions.

Foville, dès 1870, avait remarqué la façon dont ces malades faisaient évoluer leur délire, et il attribuait au raisonnement la naissance, chez un persécuté, du délire des grandeurs (1).

Obéissant à ses tendances égocentriques, le persécuté en vient à ses idées de grandeur parce que les foules ne se tournent d'ordinaire que vers les grands personnages, qu'il s'agisse de les applaudir ou de les honnir. On ne persécute aussi avec insistance que ceux-là dont les droits et les prérogatives peuvent porter atteinte à des sommités bien en cours, princes, personnages ou partis politiques.

C'est aussi en raisonnant beaucoup leurs actes que les persécutés-persécuteurs organisent leur lutte, leur résistance, leur guerre sans merci contre les ennemis

(1) A. Foville. — *Historique du délire des grandeurs.* In *Annales médico-psychologiques.* 1870.

imaginaires dont ils se croient les victimes. Ils méditent pendant longtemps leur aggression, ils ont soin de s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour que n'échoue point leur tentative.

C'est ainsi qu'ils parviennent à déjouer toutes les surveillances et à frapper celui ou ceux qu'ils ont fait entrer dans leur délire et qu'ils rendent responsables de tous leurs maux. Récemment mourait à l'asile de Dury (Somme) un persécuté-persécuteur qui avait attendu l'âge de 70 ans pour tuer l'avoué qu'il croyait le fauteur de tous ses déboires (1). On sait qu'à l'âge de 70 ans les assassins ne peuvent plus être condamnés à mort.

Le raisonnement n'est même pas exempt des tentatives de suicide auxquelles les persécutés actifs ont recours. Attardons-nous sur le mécanisme de ces résolutions.

§ III

Dans le paragraphe précédent, nous vîmes que des persécutés faisaient un délire calme, demeuraient passifs, ou bien avaient un délire d'exaltations et d'hyperactivité selon que leur caractère était paisible, craintif ou ambitieux.

(1) *Gazette de Péronne*. Novembre 1904.

Ces différences dans le caractère ne doivent pas être oubliées pour le pronostic de la maladie. Toutefois il est une modalité qui peut être également prise par les persécutés actifs et par les persécutés passifs : c'est le *suicide*.

Cette terminasion mise à son délire par le malade lûi-même est d'une explication différente selon qu'on considère un persécuté actif ou un persécuté passif.

Voyons tout d'abord comment le premier peut être amené à se suicider.

Nous fîmes remarquer la part importante que jouait le raisonnement en la marche du délire du *persécuté-persécuteur*, en la lutte industrieuse et quotidienne que mène celui-ci pour arriver à la victoire à laquelle il croit.

Quand un persécuté actif se suicide c'est encore par suite d'un raisonnement.

« Recherchant ses ennemis avec insistance, dit Clament, le persécuté veut se venger sur eux d'une manière éclatante de tout le mal qu'ils lui ont fait ou bien *il veut se donner volontairement la mort en déshonorant les êtres qui l'assaillent de leurs moqueries et de haine.* » (1)

Qu'il s'agisse d'un homicide ou bien d'un suicide, le persécuté n'en a pas moins raisonné le déshonneur ou

(1) Clament. — Thèse, Paris, 1883.

la défaite de son adversaire. A preuve de ceci viennent témoigner les testaments que ne manquent pas de faire habituellement les persécutés qui se suicident.

« Ces malades, dit Legrand du Saulle, meurent rarement sans laisser un écrit, ultime expression de leur état mental ; ils écrivent aux autorités de longues lettres pour dénoncer leurs persécuteurs et pour faire connaître les motifs qui les ont poussés à se tuer. Quelques-uns écrivent leur testament dans lequel ils consignent toutes leurs idées délirantes et qui leur permet souvent de se venger, en les déshéritant, de certains membres de leur famille qu'ils croient être au nombre de leurs persécuteurs » (1).

Le suicide est donc pour le persécuté actif un mode de sa lutte à outrance, un mode qu'il a réfléchi, qui fait corps avec son délire et reprenant une phrase de Meilhon nous pouvons dire qu'il « reste fidèle à ses convictions délirantes jusque dans le mort. »

Le suicide, chez les persécutés actifs est un symptôme nouveau de leur exaltation persistante et raisonnée.

Il en est tout autrement du suicide chez les persécutés passifs.

En octobre 1894, M. René Semelaigne écrivait dans

(2) Legrand du Saulle. — *Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie*, 1879.

le *Journal of mental Science* : Les persécutés à mes yeux peuvent être rangés selon deux groupes : les orgueilleux et les humbles.

Cette humilité n'est point volontaire. On peut même dire qu'il ne s'agit point du tout d'un sentiment d'humilité, mais plutôt d'une aboulie plus ou moins grave et complète.

Ce qui caractérise, en effet, l'état psychique chez le plus grand nombre des persécutés, c'est la dépression de la volonté, l'absence de toute initiative. « Ils disent « eux-mêmes qu'ils sont placés sous une espèce de do- « mination contre laquelle ils s'efforcent en vain de « réagir.

« Ils cherchent quelquefois à échapper par différents « moyens, par les actes les plus bizarres et souvent « les plus dangereux, à cette force qui les domine » (1).

Les persécutés subissent le sort qui leur est fait. Cette soumission leur est une peine, mais comme ces personnes qui en arrivent à ne plus réagir, à la suite d'impressions qui ne manqueraient de faire s'en évanouir d'autres, les douleurs qui sont les leurs, ne parviennent point à les révolter.

Contrairement aux persécutés actifs, ils n'organisent pas une défense incessante pour se protéger des ennemis imaginaires qui les combattent et des moyens mis

(1) Dagonet. — *Etude clinique sur le délire de persécution.* (*Annales médico-psychologiques*, 1890.)

en œuvre, pour leur causer de la douleur ou faire échouer leurs projets.

Alors que chaque persécution nouvelle est pour le persécuté actif un heurt nouveau qui l'ébranle, le commotionne et le fait violemment réagir, le persécuté passif demeure impassible et si fortes que soient les douleurs, il ne sait pas *vouloir* s'en venger.

Un tel passivisme ne se rencontre que chez une catégorie nettement déterminée d'individus. Ceux là qui en proie à un délire de persécution se conduisent comme des abouliques, ont au cours de leurs ans antérieurs, témoigné déjà d'une aboulie symptomatique.

Souvent ou trouve dans les antécédents personnels de ces malades des obsessions et des impulsions dont ils furent les victimes pendant un certain temps. Au surplus, en le cours de leurs relations quotidiennes, ils se montrèrent toujours privés d'audace et d'initiative. Apathiques et pusillanimes, ils regardent la vie se dérouler autour d'eux. Ils se voient enserrés dans les trames complexes qu'ourdissent, autour d'eux, leurs persécuteurs et jamais ils ne surent influencer sur cette vie pour se débarrasser de ces trames.

On comprend fort bien que ces persécutés vu leur habitus, vu leur façon de se comporter vis-à-vis d'autrui, vu les gémissements mêmes qu'ils se laissent parfois aller à pousser, en tout et pour tout, on comprend fort bien, disons-nous, que ces malades en aient

imposé pour des lypémaniaques aux yeux d'un Calmeil et d'un Esquirol.

Certains auteurs ayant trouvé chez des malades, ayant cette allure, des idées de culpabilité avaient fait de celles-ci un caractère des persécutés passifs. « Les persécutés « auxquels je fais allusion, dit Ballet (1) en parlant des « persécutés passifs, accusent les autres et se plaignent « de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme « il convient à des persécutés, mais ils s'accusent avant « tout eux-mêmes; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont « eux-mêmes fourni le prétexte de la persécution et « qu'à eux reviennent les premiers torts. Ce sont des « victimes, mais coupables, et non comme les persé- « cutés ordinaires des victimes innocentes. »

Comme nous l'indiquâmes déjà au cours de notre travail, nous ne sommes pas enclins à partager cet manière de voir. Faisons une comparaison, pour mieux nous faire comprendre.

Le culte catholique veut que le fidèle s'accuse au prêtre des fautes qu'il a commises contre les ordonnances de sa religion. En échange de cet aveu, et pour que rémission de ses fautes lui soit accordée, le prêtre ordonne au fidèle d'exécuter une pénitence. Le fidèle accepte cette pénitence, si forte qu'elle soit, tel est le

(1) Ballet. — *Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques*. (Congrès annuel de médecine mentale. Blois, 1892).

degré de sa foi. Il ne viendra à l'esprit de personne de regarder ce pénitent comme un persécuté.

Or, le persécuté qui croit avoir fauté et qui croit que c'est à cause de ses fautes que des châtiments lui sont infligés se trouve absolument dans le même cas psychologique que le pénitent de la religion catholique. Il y a bien la question des hallucinations. Mais celles-ci peuvent-elles constituer à nos yeux une raison suffisante pour nous empêcher de faire de ceux-là des pseudo-persécutés qui acceptent leurs persécutions des *mélancoliques avec idées de culpabilité*.

Par contre, les persécutés passifs, c'est-à-dire ceux qui ne réagissent point, parce qu'atteints d'aboulie ne doivent pas être catalogués parmi les mélancoliques. Ce sont des persécutés incapables de réagir : telle est la nature de leur terrain. Comment, chez de tels malades, le délire de persécution évoluera-t-il et se terminera-t-il?

Le persécuté passif ne deviendra jamais un persécuté-persécuteur. Il ne harcèlera pas des personnalités en renom de menaces que parfois il tentera de réaliser. Mais nous le verrons plutôt réclamer sans cesse aide et protection, contre les agents fluidiques ou autres qui le tourmenteront dans sa demeure ; il ne dressera point contre eux des appareils compliqués; il ne cherchera point à s'en préserver au moyen de coûteux efforts. Tout au plus le verrons-nous tenir en respect des amulettes qu'il croira d'un grand pouvoir protecteur.

Il arrive pourtant un instant où la douleur lui devient insupportable. Alors bien souvent naît en lui une obsession que ses souffrances trop aiguës d'une part, que son aboulie d'autre part auront contribué à faire naître. — Cette obsession, c'est le suicide.

Les persécutés passifs deviennent la proie d'une pensée qui ne les quitte plus, qui les fascine, qui les subjugue. Ils sont, comme le malade dont nous rapportions l'observation, en tête de notre travail, accaparés par la préoccupation constante de mettre fin à leurs jours : « *Cette idée ne me quitte pas*, disait Mme P... ; je suis décidée à en finir. »

Nous avons, dans notre premier chapitre, montré que l'instinct de conservation s'opposait au sucide par raisonnement. Le persécuté en effet qui en viendrait à se suicider aiderait à la réalisation du dessein de ses persécuteurs, dessein qui n'est autre que sa disparition. Mais tout autre est l'état d'âme du persécuté passif, poussé vers l'idée de suicide.

Nous avons fait plus haut longuement remarquer que les persécutés passifs étaient avant tout et surtout des abouliques. On peut dire que chez eux, le délire de persécution a cru sur un terrain dénué de toute volonté. Or l'on sait que c'est surtout, que c'est même toujours chez des individus dont les volitions sont peu nombreuses et peu caractérisées que les obsessions et les impulsions peuvent aisément naître et grandir.

Il est facile de comprendre en effet que chez un sujet incapable de chasser l'image ou l'idée qui se sont dressées devant son esprit, cette image ou cette idée se plairont à revenir et peut-être à s'ancrer.

Chez un persécuté passif, c'est-à-dire chez un persécuté aboulique, la genèse de l'obsession suicide est facile à reconstituer. D'une part, le malade est en butte à mille persécutions douloureuses ou dommageables à ses intérêts; d'autre part, il lui est impossible de se débarrasser de ses persécutions. Il connaît à ce sujet son impuissance. Il sait que le salut n'est pas dans la résistance puisque la résistance chez lui est impossible. L'idée naît un jour dans son esprit, c'est qu'il pourrait échapper aux maux qui l'assaillent, en éludant par la mort la somme de leurs tourments. Souvent il ne s'agit tout d'abord que d'une interjection comme celle-ci : « Je préfère mourir ; si j'étais mort, je serais tranquille ! » Cette idée bientôt se répète, renaît sans cesse devant l'esprit maladif et il arrive un moment où l'instinct de conservation ne peut rien contre elle; car rien ne saurait prévaloir contre une obsession.

Le suicide chez ces malades n'est pas raisonné, il n'est pas comme chez les persécutés actifs le résultat d'une machination qui a pour but de répéter sur le persécuteur la responsabilité de leur suicide.

Ils obéissent à une impulsion qui leur fait inconsciemment choisir ce qu'il savent être un mal, mais un mal qu'il préfèrent à un pire, c'est-à-dire à leurs persécu-

tions. On peut même croire qu'ils ne se font de la mort aucune idée raisonnée et que s'ils en connaissaient le néant, ils la regarderaient comme un pire, comme une chute de Charybde en Scylla, et lui préféreraient tout de même leurs tourments.

Dans l'observation qui va suivre et qui nous est personnelle, la malade, une persécutée passive, obéit un jour à une impulsion qui la pousse au suicide. Il semble que la malade est lasse de tant de persécutions, qu'elle ne peut se décider à supporter plus longtemps la vie misérable qui lui est faite, vie de tourments, d'inquiétudes, où elle se sent le point de mire d'ennemis imaginaires, où elle ne se voit entourée que de personnes malveillantes.

Le délire de persécutions avait, chez elle, évolué sur un terrain d'une extrême émotivité et l'on remarque aisément qu'elle manqua toujours de cette force d'âme qui fait qu'au cours des relations sociales les individus deviennent des victorieux ou tout au moins des lutteurs ardents.

Observation II

(Personnelle).

Victorine P... 41 ans, domestique. Pas d'antécédents personnels, héréditaires ou familiaux. Divorcée en 1896 ; le divorce est prononcé en sa faveur. Pas de grossesse. N'a jamais bu d'alcool. Fut toujours d'un caractère un peu chagrin, méfiant, susceptible. Son émotivité extrême était cause qu'elle ne s'entendait pas avec les siens. Ayant été frappée un jour d'un violent coup de poing à la face par un de ses frères, elle n'osa plus sortir. Elle ne voit en les passants que des « gens enragés », que des personnes désireuses de lui nuire.

« Tout le monde la suit, dit-elle, et la regarde d'une façon hostile ». Comme on la savait fort peureuse, on essaya plusieurs fois de l'effrayer. C'est ainsi qu'un jour un homme lui saisit brutalement la jupe, alors qu'elle montait un escalier.

Elle essaie de se placer. Mais elle ne peut demeurer en aucune des places qui lui sont offertes. Elle fait de nombreuses maisons en l'espace de deux ans.

Elle fait en août et septembre 1902 un séjour de deux mois à l'asile Ste-Anne. Elle en sort pour vivre avec sa mère. Elle se place de nouveau. Mais elle ne

peut supporter ses patrons qui « la trouvent drôle ». Alors elle ne veut plus sortir de chez elle parce que, sur la route, elle ne rencontre que des personnes qui lui en veulent et qui ont pris leurs dispositions pour la faire interner. Les passants marmotent, en la croisant, des propos qu'elle ne parvient pas à comprendre mais dont elle devine l'hostilité. Elle tremble en entendant ce qu'elle prend pour des menaces. Elle voit en les personnes de la rue « autant de voyous qui l'effraient ».

C'est alors que se trouvant chez un de ses cousins, où elle avait assisté à une réunion de famille, elle se jette du haut d'une fenêtre du quatrième. Dans la chute elle se fracture les deux jambes. L'une d'elles rend urgente l'amputation de la jambe droite.

Questionnée à cette époque, elle prétendit qu'une « méchante personne avait intérêt à la faire disparaître par jalousie, qu'il y avait un mystère dans sa vie... ».

En mai 1905 quand elle entre à l'Asile de Moisselles, elle s'obstine à garder la chambre et même le lit parce que, croit-elle, elle ne saurait sortir sans rencontrer de ses ennemis : « Quand on en veut à quelqu'un, dit-elle, on s'arrange de façon à le surprendre ». Par contre, elle souffre beaucoup de sa réclusion volontaire et c'est au milieu de pleurs abondants qu'elle se lamente d'être obligée de se tenir enfermée. « Mieux vaudrait un bouillon d'onze heures, s'écrie-t-elle, au moins si j'étais morte, je serais *tranquille*. Certainement que si je trouvais un moyen de me faire mourir, je le ferais ! ».

La malade n'est pas anxieuse, elle s'occupe toute la journée à des travaux d'aiguille. Elle cause volontiers, s'intéresse à ce qui se dit et à ce qui se fait autour d'elle

et ne se fait remarquer que par sa grande émotivité et par ses appels à la mort.

Le délire des persécutions nous apparaît suffisamment caractérisé chez cette malade, dont la psychose se présente à notre examen nettement dégagée de toute préoccupation mélancolique. Ce n'est pas une de ces persécutions mélancoliques qu'a si clairement décrites Lalanne dans sa thèse; ici pas d'auto-accusation; la malade ne cherche pas à s'amoindrir; elle ne se rapetisse pas à ses yeux; chez elle pas de mésestime du moi. Ce n'est pas en elle-même qu'elle trouve la source de ses déboires; il n'y a donc pas, juxtaposé au délire de persécution, un état lypémaniaque.

Nous pourrions faire remarquer, d'autre part, que son délire n'est pas richement organisé; le roman pathologique ne surabonde pas en détails, en épisodes; il n'est ni touffu, ni corsé. Si la malade exprime la conviction que des gens mal intentionnés agissent entre elles, à l'aide de moyens variés, pour lui nuire en quelque chose, la personnification de son délire en est restée à l'état vague, ses persécuteurs sont des « passants » et « tout le monde me suit, s'écrie-t-elle plus loin ». Plus tard cependant elle croit pouvoir s'en prendre à une individualité qu'elle ne saurait du reste définir avec précision : « C'est une méchante personne qui aurait intérêt à la faire disparaître par jalousie. »

Un second point est à faire ressortir dans cette observation. La malade n'est pas de celles qui vouent toute leur existence à une lutte sans trève ni merci : elle ne fait pas face à l'ennemi, animée d'un beau courage. Dès les débuts nous la voyons fuir sa persécution : elle cherche à se placer; fait de nombreuses places en l'espace de deux ans; entre à Ste-Anne; revient chez sa mère; elle essaie à nouveau de se placer.

Et c'est ainsi qu'elle passe son existence, sans accepter sa condamnation, non résignée, révoltée même, mais n'acceptant pas non plus la lutte d'un esprit ferme et jaloux de vaincre.

Aussi ne sommes-nous pas étonnés quand nous la voyons chercher dans le suicide un remède efficace à tous ses maux. Ce suicide l'a-t-elle prémédité? Nous ne le pensons pas.

C'est à une impulsion qu'elle vous paraît tout d'abord avoir cédé. Elle n'avait en aucune façon, avant cette première et infructueuse tentative, manifesté son intention de recourir au suicide; jamais elle n'avait parlé de se faire du mal. Et voici que soudainement, sans l'apparence d'un calcul préalable, elle se jette par la fenêtre le lendemain d'une réunion de famille.

Est-il en ce cas nécessaire de se demander si la malade en est venue à cet acte néfaste, par suite d'un raisonnement? Ce serait à notre sens négliger l'anamnèse; il suffisait, en effet, qu'une impulsion ait surgi à l'esprit de notre malade, pour qu'elle ait été immédiate-

ment suivie de réalisation : chez une personne d'aussi faible volonté, il ne fallait pas s'attendre à la moindre résistance : elle a obéi à l'impulsion sans murmure. La malade n'a du reste, depuis cet incident, reparlé de mettre fin à ses jours.

En résumé, tentative de suicide chez une malade, en proie à un délire de persécution suffisamment caractérisé par de la méfiance, des hallucinations de l'ouïe et fort probablement de la sensibilité générale (un homme lui saisit la jupe), de la pantophobie.

C'est une persécutée passive : elle ne personnifie pas son délire; c'est en outre une déménageuse; très émotive dès sa jeunesse, elle n'a jamais eu de volonté : elle réagit par la fuite à ses idées de persécution. C'est une impulsion qui exige son suicide.

Nous verrons du reste que M. le Docteur Christian, en ses observations que nous empruntons à son travail publié en 1887 dans les Annales médico-psychologiques, n'hésite pas à conclure devant ces suicides où ne pointe même pas la préméditation, que les malades ont été les victimes d'une impulsion par définition irrésistible.

L'instinct de la conservation ne saurait prévaloir chez cette malade qui ne cesse de répéter « qu'elle « serait mieux au ciel avec sa pauvre mère qu'ici-bas, « environnée d'ennemis qui ne cherchent que l'occa- « sion de lui créer des peines et de lui infliger des « tourments. » Il est bien évident, en effet, que cette

croyance en un au-delà de paix, de tranquillité peut séduire le malade et l'inciter à vouloir abandonner ce qui n'est à ses yeux qu'une vie transitoire, qu'une évangélique « vallée de larmes ».

C'est encore à une persécutée passive, obéissant à l'impulsion du suicide que nous avons affaire, dans l'observation qui va suivre :

Observation III

(*Personnelle*).

Joséphine B..., 30 ans. Mère couturière, morte tuberculeuse. Père inconnu. Sœur érotique disparue de la maison depuis fort longtemps et n'ayant jamais donné de ses nouvelles. Taille au-dessous de la moyenne. Voûte palatine ogivale. Malformations dentaires. A marché tard. Fut réglée à 14 ans. Fréquenta l'école où elle n'apprit qu'avec peine. N'obtint son certificat d'études primaires qu'à l'âge de 14 ans.

Peu avant son mariage, elle voulut s'empoisonner avec du sublimé parce qu'un jeune homme de haute situation n'avait pas voulu l'aimer. Dès qu'elle fut mariée elle se persuada que son mari la faisait suivre dans la rue pour voir si elle le trompait. Elle aperce-

vait le long du chemin qu'elle suivait pour se rendre à l'atelier où elle travaillait de sa profession de brunisseuse des gens qui la guettaient; elle rencontrait des personnes qui la pinçaient en passant auprès d'elle, qui *lui tenaient des propos orduriers*, qui lui disaient que sa sœur était dans une maison publique, On la menaçait d'un coup de revolver, on lui laissait entendre qu'on lui ferait son affaire dans la rue du Temple, on la menaçait de la faire pendre. On la suivait dans la rue parce qu'elle avait trop d'odeur. A la sortie de l'atelier elle entendait les jeunes gens comploter sa mort parce qu'elle ne voulait pas céder à leurs propositions. Au restaurant on lui cachait son mouchoir et ses effets pour lui faire des niches. Tandis qu'elle mangeait elle voyait des messieurs qui, passant sur le trottoir qui longeait le restaurant, la menaçaient de leur doigt levé. Plusieurs fois, au restaurant, on voulut l'empoisonner et c'est depuis lors qu'elle est malade. Toutes les nuits elle entendait des voix de femmes qui causaient d'elle avec malveillance et parlaient de la tuer. Un soir, dans sa chambre, elle crut voir un homme qui se jetait sur elle pour l'étrangler et la violer. Un jour que les voix qui la menaçaient jusque dans sa chambre étaient plus aggressives que de coutume, elle se sauve. Son mari l'enferme. Elle se précipite alors vers la fenêtre. On arrive à temps pour la saisir et l'empêcher de se jeter dans le vide. Elle est menée à Sainte-Anne.

La malade est triste et songeuse. Elle se tient à l'écart, cause peu, ne veut pas s'occuper. La parole est faible et hésitante. Elle refuse plusieurs fois de prendre de la nourriture.

Fait important : la malade avait accouché six mois avant la date de son internement.

Ici encore on ne saurait mettre en doute le diagnostic de délire de persécutions. Le malade présente des hallucinations de la sensibilité générale, de l'odorat, du goût et surtout de l'ouie.

Mais comme chez la malade précédente, nous constatons qu'il ne s'agit pas ici d'un délire fécond en ses manifestations, peu riche d'inventions ; il n'y a pas de variété dans le roman, bien qu'il soit un peu plus compliqué que dans l'observation précédente. La personnification n'y est pas beaucoup plus nettement affirmée et la malade ne se signale pas par sa résistance ; il lui a toujours été difficile de trouver en elle-même un fonds d'énergie qui lui ait permis de s'opposer à ses persécuteurs. Un jour que ses voix la harcèlent, plus aggressives, plus menaçantes que de coutume, elle veut à tout prix leur échapper : elle réagit par la fuite. On l'enferme ; plus d'issue possible par la porte, elle se rue à la fenêtre. — Elle se sauve avant tout.

Il y a lieu de penser qu'elle a agi sous l'empire d'une impulsion qui la tyrannisa jusqu'à la réalisation du suicide. Et ceci pourrait paraître d'autant plus vraisemblable que notre malade, comme il est noté au début de l'observation, est entachée de stigmates de dégénérescence (voûte palatine en ogive ; malformations dentaires ; retard de la marche). C'est presque à coup

sur une dégénérée ; et nous savons quelle est la fréquence chez ces malades des obsessions et des impulsions morbides.

Les persécutés passifs quand ils en viennent au suicide obéissent donc le plus souvent à une impulsion qui, d'un seul coup accapare tout le champ de leur intelligence, capte leur esprit et d'un bond les contraint à l'acte que personne n'avait prévu et qu'eux-mêmes ne soupçonnaient même pas quelques minutes auparavant.

Il est à penser que la possibilité du suicide naît en leur esprit, ou cet acte leur apparaît comme une fin souhaitable, désirable, comme un moyen d'échapper à jamais aux persécutions dont ils se croient les victimes. Presque toujours, dans les cas qui nous préoccupent, la volonté n'exerce sur ces impulsions qu'un contrôle insuffisant ou même nul : elle est annihilée sans qu'elle ait même eu le temps d'opposer une quelconque résistance, qui, en tous cas, aurait été inefficace.

Ce qui tend à prouver que le suicide est apparu chez ces persécutés comme une issue souhaitable, comme une porte ouverte sur le calme définitif, c'est que, leur coup manqué, ils témoignent du regret de n'avoir point réussi. A l'impulsion primitive et soudaine fait suite une idée obsédante et c'est ainsi qu'on peut s'attendre à enregistrer des récidives à plus ou moins brève échéance.

Quand nous exprimons cette idée que les persécutés passifs sont poussés au suicide le plus souvent par une impulsion, nous reproduisons ici en quelque sorte la thèse du Dr Christian. Pour lui, en effet, l'aliéné ne raisonne pas son délire, il le subit, et nul ne le subit plus passivement que le persécuté. A l'appui de ce qu'il avance, le Dr Christian rapporte deux observations qu'il publia en 1887 dans le numéro de septembre des annales médico-psychologiques.

La valeur que leur confère l'éminente autorité du Dr Christian, apportera à l'appui de notre thèse, le renfort de décisifs arguments.

Observation IV

(*M. Christian*).

Antécédents héréditaires; insolation aux colonies; délire de persécutions; idées de grandeur; hallucinations de la sensibilité générale; accès de violence; le malade s'étrangle avec une serviette.

M..., né en 1852, enseigne de vaisseau est placé à la maison de Charenton au mois d'octobre 1879. Les pre-

miers symptômes d'aliénation paraissent remonter au mois d'avril, et se sont manifestés à la suite d'une journée passée à bord, en plein soleil, dans une manœuvre commandée. M... servait à bord d'un des vaisseaux de l'escadre des Antilles. Il fallut le débarquer et le faire ramener en France par le premier paquebot. Après avoir été successivement traité à l'hôpital de Brest, puis au Val-de-Grâce, M... fut conduit à Charenton où il arrive en proie à une grande exaltation ; il se plaint amèrement du Val-de-Grâce où il a été indignement magnétisé ; nuit et jour on a dirigé sur lui les décharges d'instruments puissants dans le but de lui faire perdre la tête et d'abîmer sa santé. Il réclame impérieusement sa sortie, proteste contre la violence qui lui est faite, etc. Une des idées qui domine à ce moment est celle de son mariage avec une jeune fille qu'il avait connue enfant, mais qu'il n'avait pas vue depuis de longues années.

Des renseignements que je pus obtenir, il résulte que M... souffre d'une prédisposition héréditaire. Son père était un alcoolique et s'était toujours montré très exalté. Un oncle paternel s'était également fait remarquer par son exaltation. M... avait dès son enfance, montré un caractère bizarre, ombrageux, peu sociable. Cependant il avait été reçu à l'école navale et était au moment de passer à un grade supérieur. Il était de petite taille, brun, bien constitué; il n'avait fait aucune maladie grave.

Pendant près de 6 ans qu'il passa dans mon service, ce malade ne cessa de présenter à un haut degré les symptômes caractéristiques du délire de persécutions ; hallucinations continuelles de l'ouïe et de la sensibilité générale : on l'électrisait, on lui donnait des coups dans

la tête, on lui abîmait les dents; on mettait du mercure dans ses aliments, etc. Sous l'influence de ces fausses sensations, M... entrait dans des accès de fureur, et il était devenu d'autant plus dangereux pour son entourage, qu'il accusait le médecin et les surveillants de venir la nuit dans sa cellule pour l'insulter, et lui donner au moyen d'un appareil magnétique de grands coups dans la tête. Il se nourrissait mal; pendant longtemps, il ne voulut manger que du pain, prétendant que tout le reste n'était que de la charogne; il refusait le vin, qu'il disait empoisonné et c'est à grand peine que nous pouvions le décider à prendre du lait.

Une particularité curieuse chez ce malade ce fut l'apparition des idées de grandeur; il était depuis plusieurs mois à Charenton, sans cesse occupé de ses projets de mariage, quand tout d'un coup du jour au lendemain, il déclara qu'il allait épouser la fille du Président de la République et prendre le commandement d'un cuirassé, avec lequel il irait en Australie.

Ces idées ambitieuses ne le quittèrent plus ; de jour en jour, il devint plus difficile, plus violent; il était dans un état de continuelle surexcitation, n'ouvrant la bouche que pour nous insulter et nous menacer. Jamais il ne m'avait dit qu'il mettrait fin à ses jours; il ne parlait que du mauvais parti qu'il nous réservait le jour où il pourrait se venger de nous.

Le 30 mai 1885, en entrant le matin dans sa cellule, l'infirmier trouva M. accroché aux barreaux de sa fenêtre ; il s'était étranglé à l'aide de sa serviette roulée autour du cou et fixée par un bout au grillage. Le cadavre était déjà froid ; la mort remontait à plusieurs heures.

A quels motifs avait obéi le malade en s'étranglant? J'ai appris plus tard par sa mère, que lorsqu'elle venait le voir dans ces derniers temps, il lui avait dit que si on continuait à le torturer il aimerait mieux mourir. La mère avait négligé de me prévenir. Il me paraît probable que le suicide s'est accompli sous l'influence d'une excitation plus violente; M... a dû se tuer dans un véritable accès de fureur; je dirai presque de rage impuissante.

Observation V

(*In Christian.*)

Hérédité. — Enfance maladive. — Délire de persécutions. — Hallucinations multiples. — Actes de violence; idées de grandeur. — Suicide par strangulation.

Le malade dont il s'agit, né en 1858, a été placé à Charenton au mois de février 1884; il y est mort en novembre 1885. Pour la première partie de son observation, celle antérieure à son admission, je possède un document précieux, une consultation rédigée par M. Motet; c'est dire que je ne saurais mieux faire que d'en reproduire les principaux passages.

« Fils unique, M. X..., dont l'enfance a été maladive, a été de la part de sa mère l'objet des soins les plus assidus et d'une tendresse exagérée jusqu'à la faiblesse. En vue du mauvais état de sa santé, l'enfant fut élevé à la maison, et son éducation resta, par certains côtés, un peu trop féminine; il en résulta une exaltation de sentimentalité, une disposition à la jalousie et des tendances tyranniques vis-à-vis de sa mère.

M. X... porte lourdement ce poids d'une hérédité morbide incontestable. Son père a été atteint il y a quatre ans, de démence paralytique (il a succombé depuis); deux cousines germaines, dans la ligne paternelle ont été, l'une idiote, morte à 14 ans; l'autre maniaque chronique, internée pendant vingt-cinq ans dans une maison de santé spéciale; une tante est devenue démente et a vécu dix ans dans cet état.

Cette prédisposition héréditaire à la folie a préparé l'explosion de troubles intellectuels qui depuis deux ans surtout, s'accusaient par des conceptions délirantes, vagues d'abord, se systématisant peu à peu, définitivement constatées aujourd'hui.

Sans rien formuler de précis, il se plaindra qu'*on* mouille méchamment ses chaussures, et qu'*on* les fasse chauffer pour en altérer le cuir, qu'*on* rétrécisse ses habits, qu'on arrête le mouvement des pendules ou de sa montre.

Quelque temps après, se promenant seul aux Champs-Elysées, il entend une voix dire : « Quelle débine il fait! Ce rouge-là, c'est une horreur! » Il se retourne et ne voit personne; il rentre chez lui atterré et tout le long du chemin il surprend des regards malveillants

ou ironiques. Il demeure convaincu qu'il est suivi par des *mouchards*.

Quelque temps après, il regardait les objets exposés dans une vitrine, dans la rue St-Honoré, lorsque tout à coup, il entendit ces mots « sacrée sale vache. »

C'était bien à lui qu'on s'adressait, il en est bien sûr, seulement il n'a pas vu l'individu qui l'injuriait et il suppose que ce pourrait bien être un petit garçon qu'il aperçut à une certaine distance de lui et qui avait l'air de le « narguer ».

A partir de ce moment, les inquiétudes sont de chaque jour, presque de chaque instant. Au mois de novembre 1883, il veut quitter sa mère, il lui fait les reproches les plus injustes, les plus blessants.

Quelque temps après, en plein jour, dans la rue, sans provocation, il brise sa canne sur la tête d'un passant. C'était un ouvrier plombier. M. X... sans cesse poursuivi par l'idée que des mouchards le surveillent, ayant cru s'apercevoir qu'on le regardait d'une manière louche était en proie à une colère qu'il avait peine à contenir. En passant près de l'ouvrier, (qu'il n'avait jamais vu), il crut entendre un coup de sifflet; c'était un « signal ». Furieux, il se précipite sur l'ouvrier, et le frappe brutalement.

C'est à la suite de ce fait qu'il fut arrêté, reconnu aliéné et placé à Charenton.

D'une constitution extrêmement malingre et chétive, pâle, anémié, M. X... paraît avoir au plus 15 à 18 ans (en réalité il en a vingt-six) tant il est peu développé. Ses cheveux sont blonds; il n'a presque pas de barbe; la voix est flutée; tout, chez lui, a une apparence féminime.

D'après ce qui précède, on peut imaginer ce que fut le malade pendant le temps qu'il passa dans mon service. Les mêmes hallucinations, les mêmes illusions ne cessèrent de le tourmenter. Non seulement il se croyait suivi par des *mouchards*, chargés de rendre compte de tous ses actes ; mais il prétendait qu'on avait monté dans sa chambre des machines électriques, à l'aide desquelles on agissait sur lui à distance.

Déjà dans l'appartement de sa mère, il avait à plusieurs reprises démonté sa bibliothèque, brisé un fauteuil, déchiré ses livres, pour y découvrir les fils électriques au moyen desquels on le travaillait.

Nous eûmes de grandes difficultés pour le nourrir ; les aliments étaient empoisonnés, on y mettait des drogues ; l'eau, le vin étaient infects ; il ne voulait manger que des aliments que lui apportait sa mère, et bien souvent encore, ces aliments eux-mêmes étaient remplis de poison.

Dans les premiers temps, M. X... faisait de fréquentes promenades au dehors. Quelquefois même je lui permis d'aller déjeuner chez sa mère. Mais il renonça lui même à ces distractions, « parce que, disait-il, on ne cessait de l'*espionner*, dès qu'il était sorti de la maison. « Un jour même dans une de ses sorties, il se sauva de chez sa mère, sans dire où il allait, la laissant dans une mortelle inquiétude ; il alla simplement passer la soirée à l'Opéra-Comique et vers minuit il rentra tranquillement.

On voit que pendant tout ce temps, la maladie avait suivi sa marche naturelle. Vers le mois d'octobre 1885, l agitation devint plus intense, plus continue et un nouveau symptôme apparut : les idées de grandeur. Brus-

quement M. X... déclara à sa mère qu'il était bien convaincu qu'elle ne lui était rien, qu'il était le petit fils de Louis XVIII et qu'il était destiné au trône de France. Ce nouveau délire s'accompagna d'une période d'excitation très violente : il ne voulut plus voir sa mère, se répandait en récriminations contre son entourage, faisait des menaces. Le 16 et le 17 novembre, il avait été plus excité que de coutume et j'avais dû le faire surveiller d'une manière toute spéciale. Le 18, au contraire, il se montra calme, souriant me dit qu'il était rassuré et qu'il se sentait beaucoup mieux. La journée se passa sans incident. Le soir il dîna dans sa chambre de fort bon appétit, lut jusqu'à huit heures puis se coucha tranquillement. Son domestique le quitta à ce moment pour quelques instants ; son absence ne dura certainement pas cinq minutes. Quand il revint, il trouva X... accroché à la fenêtre de la sa chambre. au moyen des cordons des rideaux qu'il s'était enroulés autour du cou. Il respirait encore. Pendant plus d'une heure, aidé de M. Dumas, interne de service, je fis tout ce qu'il est possible de faire pour le rappeler à la vie. Vains efforts : la mort arriva vers neuf heures, sans que X... eut repris connaissance un seul instant.

On ne trouvera assurément pas une observation de délire de persécution plus typique que celle-ci.

Quant au suicide, je ne pense pas qu'il ait été le moins du monde prémédité. X... a dû céder à une impulsion soudaine, irrésistible, survenue dans cette période intermédiaire entre la veille et le sommeil, si favorable aux troubles de l'esprit.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que, pendant les vingt mois que je l'ai observé, X... n'a

jamais fait aucune tentative de ce genre. Et cependant les occasions ne lui auraient pas manqué, car il se promenait fréquemment au dehors avec son seul domestique et quand il allait chez sa mère il lui eut été bien facile de tromper la surveillance qu'on exerçait sur lui.

Nous envisageons donc chez les persécutés passifs un mode de suicide qui paraît être celui qu'ils affectent le plus fréquemment; et en ceci ils diffèrent profondément des persécutés actifs et des persécutés-persécuteurs qui eux aussi peuvent en venir au suicide; et il est remarquable également que leur façon de réagir contre leurs prétendus ennemis est bien différente suivant qu'on les étudie chez les premiers et chez les seconds.

Les persécutés actifs en viennent facilement à la personnification de leur délire : de là à devenir eux-mêmes des persécutés il n'y a qu'un pas, qu'il ne leur est pas ardu de franchir. L'histoire de leurs persécutions est souvent plus complexe et aussi leurs idées délirantes plus catégoriquement formulées. Verbeux, ironiques et mordants, d'un orgueil pathologique invraisemblable ils font face à l'ennemi, opposant à tous les moyens de persécution mis en œuvre, une indomptable résistance, ne laissant jamais perdre une occasion de riposter. Si le malade ne devient pas un persécuteur, s'il n'aboutit pas à faire passer dans la réalité ses idées

de revendication et de vengeance, nous pourrons dans certains cas assister à son suicide : mais ici encore, ce sera l'ultime manifestation de leur énergie, leur dernier cri de vengeance; car avant de se donner la mort, ils auront écrit de longues lettres aux autorités pour dénoncer leurs persécuteurs, et pour faire connaître les motifs qui les ont poussés à se tuer; d'autres dans leur testaments, consignent toutes leurs idées délirantes et prétendent ainsi se venger, en les déshéritant, de certains membres de leur famille qu'ils voient parmi leurs persécuteurs.

Nous sommes donc en droit de conclure qu'ici la réaction homicide a la même valeur que la réaction suicide. Elles procèdent d'une même idée de vengeance à satisfaire.

Toute autre est l'allure des persécutés passifs; s'ils expriment la conviction qu'ils sont en butte à l'inimitié de certaines personnes, combien peu précise est la personnification de leur délire. Ce sont des malades méfiants, dissimulés, qu'il est parfois bien difficile d'amener à formuler leurs idées délirantes. Ils n'attendent pas l'ennemi de pied ferme; mais cherchent à éluder les combats par la fuite. Ce sont des malades chez qui la volonté débile est impuissante à assurer le moindre contrôle. Ils en viennent à mettre un terme à leur existence, dominés par une impulsion, ou obéissant à une hallucination. Le suicide est chez eux le plus souvent un acte soudain, irréfléchi.

CONCLUSIONS

Nous ne dirons plus actuellement avec Kant : « Les « persécutés sont des êtres inoffensifs qu'il est inutile « de séquestrer. » Nous savons en effet aujourd'hui qu'ils peuvent être considérés comme dangereux à un double titre : pour les autres et aussi, quoique moins fréquemment, pour leur propre personne.

Nous pouvons à ce point de vue spécial considérer deux étapes au délire des persécutions :

1° Avant la personnification du délire;

2° Lors de la personnification du délire.

Il y a déjà un certain temps que l'on considère les persécutés comme dangereux pour les autres, à ce deuxième stade.

A cette époque de son délire, lorsqu'il a nommé son persécuteur et qu'il s'attache à ses pas, aucun aliéné n'a plus que lui besoin d'être renfermé par mesure de précaution. Il faut craindre qu'il ne se laisse aller à l'homicide.

Mais, si dans cette seconde étape, il y ait tout lieu de redouter le meurtre des autres, il faut, lors de la première, veiller sur le persécuté, le préserver de lui-même, bien que le suicide se rencontre avant et après la personnification du délire.

Des observations nombreuses, des statistiques que nous avons consultées, celle de Rickenback entre autres, ont montré que la fréquence du suicide au cours du délire de persécution était plus grande qu'on ne le pensait. « C'est, dit M. le Dr Christian (1) une « éventualité qui n'est même pas très rare au cours de « cette psychose; d'autant plus que les faits de suicide « ne sont pas précisément ceux que l'on se plaît à pu- « blier ».

Si paradoxal que cet acte apparaisse chez de tels malades, c'est là une constatation à laquelle on ne doit pas se dérober. Si en effet, l'idée s'accréditait que les persécutés ne se suicident pas, il pourrait en résulter pour les médecins des asiles et des maisons de santé de fort désagréables surprises.

2° Des auteurs ont proclamé : « Les persécutés ne se « tuent pas, parce qu'ils auraient l'air de céder devant « leurs ennemis imaginaires et qu'au contraire, ils « veulent lutter sans trêve pour arriver à faire triom- « pher leur innocence ».

(1) Christian. — *Loc. cit.*

Ce qui tendrait à faire croire qu'ils ne se suicident que par suite d'un raisonnement.

Or à ce point de vue, examinant les motifs qui incitent les persécutés au meurtre de soi-même, nous les avons rangés selon deux groupes :

1° Les persécutés actifs qui réagissent violemment, personnifient facilement leur délire. Ils tuent leur persécuteur ou se tuent eux-mêmes, dans le but de créer des ennuis à leurs ennemis. Les deux réactions sont équivalentes.

2° Les persécutés passifs raisonnent rarement leur acte. Ils cèdent à une impulsion irrésistible, ou se laissent glisser au suicide dans un accès de désespoir. D'autres fois c'est une hallucination qui arme leur bras contre eux-mêmes.

Nous avons le plus souvent affaire ici à des malades dont la volonté a toujours été en état de moindre résistance. Rien d'étonnant à ce que l'impulsion s'impose à leur esprit et les domine, dès son apparition, irrésistiblement.

Vu : *Le Président de Thèse*,
JOFFROY.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE,

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnaud. — In traité de pathologie mentale publié sous la direction de Ballet. Chapitre des psychoses constitutionnelles au sous-titre des persécutés auto-accusateurs.

Ballet. — Idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques. [Congrès de Blois, 1892].

Blin. — De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions. Thèse Paris, 1890.

Brière de Boismont. — Du suicide et de la folie. Paris, 1856.

Calmeil. — Article Lypémanie in Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

Christian. — Annales médico-psychologiques, septembre-octobre, 1887.

Clament. — Thèse de Paris, 1883.

Dagonet. — Étude clinique du délire des persécutions. Annales médico-psychologiques, 1890.

Dagron. — Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, avril 1861.

Falret. — Du suicide et de l'hypochondrie. Paris, 1822.

Falret (J.). — Leçon inédite sur le délire de persécution, faite à la Salpêtrière le 30 novembre 1884.

Foville. — Historique du délire des grandeurs in Annales médico-psychologiques, 1870.

Garnier. — Des idées de grandeur dans le délire des persécutions. Thèse de Paris, 1877.

Gazette de Péronne, 18 novembre 1904.

Guislain. — Leçons orales sur les phrénopathies, 2e édition. Gand, 1879.

Hauviller. — Du suicide. Unité de son étiologie, son traitement. Thèse Paris, 1898-99.

Lalanne. — Les persécutés mélancoliques. Thèse de Bordeaux, 1897.

Lasègue. — Archives générales de Médecine, février 1852.

Legrand du Saulle. — Le délire des persécutions, 1 vol. in-8°. Paris, 1871.

— Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. Paris, 1879.

Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1882-1891.

Magnan et Sérieux. — Le délire chronique, col. Leautey, 1894.

Mahon. — Du délire de persécution chez les vieillards. Thèse de Bordeaux, 1895-96.

Maret. — Du délire des persécutions. Thèse de Paris, 1863.

Meilhon. — Du suicide dans le délire de persécution. Thèse de Bordeaux, 1886.

Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 2e édition, Paris, 1809.

Régis. — Manuel pratique de médecine mentale.

Rickenback. — Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement. Thèse de Paris, 1901-02.

Ritti. — Article « Suicide » in dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.

— Article « Persécution », même ouvrage.

Schüle. — Traité clinique des maladies mentales. Traduction Dagonet et Duhamel, p. 152.

Séglas. — Progrès médical, 16 novembre, 1889.

— Semaine médicale, 15 novembre, 1890.

— Journal des Connaissances médicales, 1er et 8 octobre 1891.

Sérieux et Magnan. — Le délire chronique, collection Leautey, 1894.

Viallon. — Suicide et folie. Annales médico-psychologiques, septembre-octobre 1901.